Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Statistische und klinische Mitteilungen über die Fälle von chronischem Alkoholismus in den Jahren 1901—1904.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ferdinand Otto

aus Lesum.

Kiel 1915.

Druck von H. Fiencke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153521_0078

Aus der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Statistische und klinische Mitteilungen über die Fälle von chronischem Alkoholismus in den Jahren 1901—1904.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der hohen medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Ferdinand Otto

aus Lesum.

Kiel 1915.

Druck von H. Fiencke.

No. 23.

Rektoratsjahr 1914/15

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Prof. Dr. **Lüthje,**

z. Z. Dekan.

Unter den Giften, die bei dauernder Einwirkung auf den menschlichen Organismus eine Störung des Seelenlebens hervorzurufen vermögen, nimmt der Alkohol die erste Stelle ein. Seit Jahrhunderten bekannt, ist er unter den Menschen in erster Linie ein Genußmittel, das durch die Beeinflussung des subjektiven Empfindens, durch Vortäuschen der Kräftigung und durch das Gefühl des Hinweghelfens über Sorge und Ärger sich großer Beliebtheit erfreut. Die physiologischen und pathologischen Wirkungen des Alkohols sind schon seit längerer Zeit studiert worden, und schon der Physiologe Friedr. Tiedemann sagte 1836, daß der Alkohol in mäßigen Mengen eingeführt, spurlos durch den Verbrennungsprozeß verschwinde, »zu welchem er vermöge seiner chemischen Konstitution und seines Reichtums an Wassergehalt große Neigung hat.« Besonders war es dann Liebig, der die vollständige Verbrennung des Alkohols im Organismus vertrat, und durch neuere Versuche, insbesondere von Bintz und seinen Schülern wurde festgestellt, daß der größte Teil des Alkohols im Körper tatsächlich verbrennt und nur ein sehr geringer Teil unverändert ausgeschieden wird. In denselben Versuchen wurde auch die Wirkung auf die Atmungstätigkeit studiert und der Vermutung Ausdruck gegeben, daß der Alkohol wahrscheinlich vom Nervensystem aus den Respirationsakt beeinflußt. Ebenso nimmt man an, daß er in seiner Eigenschaft als Nervinum vom Zentralnervensystem aus auf die Verdauung

wirkt. Pawlow will im Alkohol vor allem ein psychisches Stomachicum sehen und glaubt, daß die Bedeutung des Alkoholgenusses während der Mahlzeit darin liegt, daß er eine zentrale Förderung der verdauenden Leistung des Magens bewirke. Daß der Alkohol eine beschleunigte Nieren- und Schweißabsonderung bewirkt, ist bekannt, ebenso seine Wirkung auf das Vasomotorenzentrum (Bierfahne), die vor allem bei Aufnahme größerer Dosen in Erscheinung tritt. Außer der Alkoholwirkung auf Herz, Stoffwechsel, Muskelarbeit und Eigenwärme interessiert natürlich vor allem die Wirkung auf das Zentralnervensystem. Hier verdanken wir die genauere Kenntnis der Schule Kraepelins, der durch seine Experimente mit geringen Alkoholdosen den schädlichen Einfluß der geistigen Getränke auf die Funktionen des Gehirns in überzeugender Weise darlegte. Chronischer Alkoholismus bedeutet die dauernde Aufnahme großer Dosen. Der Liebenswürdigkeit des Herrn Geheimrat Siemerling verdanke ich eine Anzahl von 150 Krankengeschichten chronischer Alkoholisten. Soweit man aus ihnen noch die ersten Anfänge des Trinkens eruieren kann, findet man auch hier, daß die Gelegenheit zum Trinken, der Zwang der Kameradschaft als allererster Grund einen nicht unwesentlichen Faktor darstellen. Die Gedankenlosigkeit und Unwissenheit der Massen gegenüber den Gefahren des Alkohols wird sicherlich auch etwas beeinflußt von der Reklame des alkoholischen Gewerbes, das die Bekömmlichkeit und den Nährwert ihrer Erzeugnisse rühmt. Ferner kann der Alkohol in der Therapie, z. B. bei Chlorose, septischen Erkrankungen und Phtise bei weniger widerstandsfähigen Individuen gelegentlich zum chronischen Alkoholismus führen, der andererseits auch durch Kummer, Aufregungen, Traumen und Strapazen (ein Patient hatte den Chinafeldzug mitgemacht) ausgelöst werden kann. Bekannt ist auch fernerhin die Tatsache, daß besonders beim weiblichen Geschlecht die Industrie der Likörbonbons eine Gelegenheitsursache des chronischen Alkoholismus werden kann. Jedenfalls fehlt es an Gelegenheiten zum Alkoholgenusse heutzutage nirgends, und ein hierfür prädisponierter Mensch läuft geradezu dem

chronischen Alkoholismus in die Arme. Andererseits sind manche durch ihren Beruf und die landesübliche Gewohnheit, vielleicht bei etwas geringer Widerstandsfähigkeit, zum Trinker geworden. Die bei den Trinkern allmählich sich anhäufende Giftwirkung macht sich natürlich bei jedem Individuum in verschiedener Weise geltend, je nachdem der Betreffende viel oder wenig vertragen kann; andererseits spielen aber auch die verschiedenen Arten und die Mengen der bevorzugten Getränke eine gewisse Rolle. Kraepelin hält es für wahrscheinlich, daß schon eine Menge von 2 bis 3 Liter Bier täglich, 1/4 Liter Schnaps oder 1/2 Liter Wein hinreicht, um bei den meisten Menschen die mehr oder weniger ausgesprochenen Erscheinungen des chronischen Alkoholismus auszulösen. Das Gefährliche liegt in der Regelmäßigkeit im Genuß selbst geringerer Mengen, während ein gelegentliches Übermaß bei sonst großer Mäßigkeit wahrscheinlich keinen Schaden hinterläßt. Die schwersten Formen der alkoholischen Störungen erzeugt der Schnaps, ihm schreibt man vor allem die Alkoholepilepsie, die Alkoholneuritis und das körperliche Siechtum zu. Bier soll mehr die Erkrankungen des Herzens, der Gefäße und Nieren begünstigen, ebenso der Fettsucht und der allgemeinen Vertrottelung Vorschub leisten. Tatsache ist übrigens, daß der Alkoholmißbrauch früher oder später zum regelmäßigen Schnapsgenuß führen muß, einmal, weil dieser das billigste aller Berauschungsmittel ist, und dann auch, weil sich bei den meisten Kranken ein Bedürfnis nach einer stärkeren Konzentration einstellt. In Kiel und Schleswig-Holstein spielt vor allem der Schnaps und zwar in seiner gemeinsten Art, dem Kümmel, die Hauptrolle.

Dem entspricht auch — nach der Statistik von Jagemann — die hohe Zahl der von der Kieler psychiatrischen Klinik aufgenommenen Alkoholkranken: in den Jahren 1901 bis 1904 waren es 479 Männer und 24 Frauen, und zwar waren von allen überhaupt aufgenommenen Kranken 26,7 % alkoholkranke Männer und 2,3 % alkoholkranke Frauen. In den mir zur Verfügung gestellten 150 Krankengeschichten konnte ich finden, daß 125 regelmäßig Kümmel (oder

sog. Korn) genossen, und zwar in Quantitäten bis einem Liter täglich, 12 tranken Cognac zum Teil mit Selter, 13 Grog, je zwei Pfefferminz oder Vanille, 5 den »reinen Rum«, einer »Kaffeepunsch«, bestehend aus 1/4 Rum und 3/4 Kaffee, 4 hielten sich an den Magenbittern und zwei tranken Rotwein, der dem einen anfangs vom Arzte verordnet worden war. Hierzu kommt bei der überwiegenden Mehrzahl natürlich noch der regelmäßige Biergenuß und zwar in den vielen Fällen von durchschnittlich 5 bis 20 Flaschen; ein Patient trank nach Angabe seiner Frau täglich 40 bis 60 Flaschen Bier, nach jeder 5. Flasche brach er aus, um dann von neuem weiter zu trinken. Bekannt ist, daß der Trinker niemals die wahre Größe seines Konsums zugibt: »ich trinke garnichts«, »höchstens für 5 Pf.«, »furchtbar wenig«, ein im Rausche eingelieferter Trinker trank »1/2 Eimer Wasser«! Jedenfalls stehen diese Angaben zum größten Teil in krassem Gegensatz zu denen der Ehefrauen, und die Streiflichter, die bei dieser Gelegenheit auf die häuslichen Zustände der betreffenden Familien fallen, sind erschreckend. So lag ein Trinker, von Haus aus Theologe, zuletzt tagelang im Bett, weinend, wenn ihm seine Mutter, die sich ihren Unterhalt als Aufwartefrau verdiente, keinen Schnaps brachte. Daß Trinker häufig das von ihrer Frau verdiente Geld durchbringen, nimmt eigentlich kaum Wunder, wenn man bedenkt, wie wenig ein im beständigen Alkoholdusel lebender Mensch überhaupt durch irgend welche Arbeit zu erwerben vermag.

Bemerkenswert sind auch die Angaben der Trinker über die Ursachen ihres Lasters. Der eine trinkt »wegen Magen- und Nervenstörungen«, der andere »aus Ärger über seine Frau«, der dritte, »weil er nichts rechtes zu essen gehabt habe.«

»So ein Glas Bier und eine Zigarre muß jeder Mensch haben, der seine Arbeit macht.« »Ich verachte nicht die Gottesgabe, halte aber immer Maß.« »Das ist in Kiel so Mode, wenn man jemanden trifft, dann trinkt man mit ihm, ob es ihm schmeckt oder nicht.«

Ein Patient trank »aus geschäftlichen Gründen« (war Weinreisender), wie überhaupt manche ihre berufliche Tätigkeit mit dem Trinken zusammenbringen. So mußte ein Bäcker trinken, weil er sonst die Hitze vor dem Ofen nicht aushalte, ein Schiffsführer, »weil es auf dem Wasser so kalt sei.« Ein Wirt trinkt ab und zu mit seinen Gästen mit, und ein Kellner hat eben auch reichlich Gelegenheit dazu. Natürlich wird ein Alkoholiker sehr bald aus allen Betrieben ausgemerzt, in denen höhere Anforderungen gestellt werden. So erklärt sich auch die große Anzahl der Gelegenheitsarbeiter, Tagelöhner, Landstreicher und Rentenempfänger unter ihnen. Ein verhältnismäßig großer Teil hat früher einen anderen Beruf gehabt, viele waren früher als Wirte, Kellner und Brauereiarbeiter im alkoholischen Gewerbe tätig. Der sogenannte »Freitrunk« im Brauereigewerbe hat sicherlich viel auf dem Gewissen, ist es doch z. B. in München »Ehrensache«, zu den von der Brauerei gestellten 6 bis 10 Maß noch möglichst viele auf eigene Rechnung dazu zu trinken. In den mir zur Verfügung stehenden Krankengeschichten fand ich 59 Arbeiter und Gelegenheitsarbeiter, von denen 7 früher anderen Berufen angehört hatten, 8 waren Schlosser, 8 Lohnschreiber, 7 Schmiede, 6 Maurer, 5 Maler, 5 Zimmerleute, 4 Schlachter, 4 Kellner, 4 Wirte, 3 Tischler, 3 Bäcker, 3 Werftbeamte, 2 Weinreisende, 2 Buchhalter, 2 Schneider, 2 Reisende, 2 Kaufleute, 2 Kommis, 2 Matrosen und je 1 Gerichtsvollzieher, Photograph, Invalide, Schiffbauer, Schuhmacher, Dachdecker, Barbier, Artist, Krankenpfleger, Tapezier und Hausdiener. Drei hatten früher akademischen Berufen angehört, und zwar waren zwei ehemalige Theologen und ein ehemaliger Mediziner. Obwohl diese Zahlen noch keinen statistischen Wert haben, so zeigen sie doch vor allem ganz gut die große Zahl der Gelegenheitsarbeiter unter den chronischen Alkoholisten. Einige Kranke behaupteten, seit der Militärzeit zu trinken; aus den Krankengeschichten ließ sich dies leider nicht ersehen, obwohl z. B. die Frage, wieweit Disziplinwidrigkeiten in der Armee und Marine auf Alkoholgenuß zurückzuführen sind, sehr interessant wäre. Hier

handelt es sich natürlich noch nicht um chronische Alkoholisten. Über das Alter der zur Aufnahme gekommenen 150 Trinker konnte ich folgende Daten finden: im dritten Jahrzehnt standen 7, im vierten 37, im fünften 52, im sechsten 32; über 60 Jahre alt waren 10 und über 70 Jahre 2.

Die Bilder, die die Trinker bei ihrer schließlichen Einlieferung in die Klinik bieten, sind naturgemäß sehr verschiedene. Ein großer Teil wird von der Polizei gebracht, nachdem die betreffenden in ihrem Rausch sich allerhand Vergehen schuldig gemacht hatten. Bei einem geringeren Teil erfolgte die Aufnahme auf Antrag der Ehefrauen, von denen manche unter Tränen dieses als das letzte Glied in der Kette ihrer Leiden bezeichnete. Einige kamen aus eigenem Antrieb, nachdem sie sich gehörig Mut getrunken hatten und ein paar waren erschienen, um sich wegen der Begleiterscheinungen des Alkoholismus (Tremor der Hände, Hyp- und Hyperalgesien etc.) behandeln zu lassen. An einen Zusammenhang dieser Erscheinungen mit ihrem großen Alkoholgenuß hatten sie nicht im entferntesten gedacht. Die Art und Weise der Aufnahmen (inbegriffen sind die wiederholt eingelieferten Fälle) gehen aus folgender Tabelle hervor:

	Überführung durch die Polizei	polizeil. Überführung auf Antrag der Frau	von der Frau gebracht	von selbst
im betrunkenen Zustande (San.-Wagen)	52	12	15	20
nüchtern	8	1	6	14

Die Symptome bei der Einlieferung gleichen sich in vielen Fällen. Mancher ist so schwer betrunken, daß er sofort auf die Station gebracht werden muß. Bei den meisten fällt die Verwirrtheit und die Gedächtnisschwäche sofort auf, viele sind vollkommen unorientiert. Nur einige wenige kommen bei relativ klarem Bewußtsein mit dem Wunsch, geheilt zu werden. Aus fast allen Anamnesen geht die

Widerstandsunfähigkeit der Trinker, ihrem Laster zu entsagen, hervor; einige schelten auf die Frau, die das ganze Unglück hereingebracht habe, wieder andere machen sich Selbstvorwürfe.

Wenn wir jetzt dazu übergehen, aus den Anamnesen der Frage der erblichen Belastung nachzugehen, so finden wir hauptsächlich, daß auch die Eltern dem starken Alkoholgenuß gefröhnt haben. In den mir zur Verfügung stehenden Fällen konnte ich 42 mal die Minderwertigkeit der Eltern resp. der Geschwister feststellen. Dabei war in 13 Fällen der Vater ein Potator, in 8 Fällen die Mutter eine Trinkerin, in 3 Fällen waren beide Eltern dem Trunke ergeben. 4 mal war die Mutter »nervös« und in 3 Fällen wurde sie direkt als geisteskrank bezeichnet. Schwachsinn und Potatorium des Bruders war in 4 Fällen nachgewiesen, und 6 mal litten Schwestern an Hysterie, Epilepsie, »Nervosität« und Taubstummheit. Ein Trinker war das uneheliche Kind eines Potators und einer schwachsinnigen Mutter, und in einem Falle war die Trunksucht von Großmutter und Mutter vererbt worden.

Zu der Tatsache, daß chronischer Alkoholismus gelegentlich durch Trauma ausgelöst wird, konnte ich nur wenig Belege finden. In einem Falle gab ein Kranker spontan an, daß sein Leiden von einem Schlag mit einer Bierflasche auf den Kopf herrühre; ein anderer hatte mit 20 Jahren einen Sturz von der Treppe erlitten. 2 waren beim Militär vom Pferd auf den Hinterkopf gefallen, ein anderer gab an, im Feldzug 1870 verschiedentlich verwundet zu sein. Selbstverständlich muß man hiervon diejenigen Fälle scharf trennen, in denen der Trinker offenbar im Alkoholdusel verunglückte. Und da scheint es doch, als ob das Sprichwort, »Kinder und Betrunkene haben ihren eigenen Schutzengel«, gar manche Ausnahmen macht. Jedenfalls zeigte eine ganze Reihe von Alkoholisten Kopfverletzungen, die sie augenscheinlich im Rausche erlitten hatten; und zwar waren die meisten von einem Gerüst oder Wagen heruntergefallen. Einer erlitt durch einen Kohlenkorb eine starke Thoraxquetschung und Bruch von 3 Rippen, ein anderer war ein-

mal die Treppe heruntergeworfen und wies eine lange Narbe am Hinterkopf auf. In 2 Fällen handelte es sich um Glassplitterverletzungen, so hatte ein Matrose eine Scheibe eingeschlagen und zahlreiche Narben am Unterarm davon aufzuweisen, im anderen Fall war eine Catarakta traumatica entstanden. Ein Trinker fiel ins Wasser und konnte — nach Angabe der Frau — nur mit vieler Mühe herausgezogen werden; ein anderer fiel vom 5 bis 6 m hohen Speicher auf eine Eisenschiene und erlitt einen Bruch der Wirbelsäule. Daß Wunden bei Alkoholikern schlechter heilen als sonst, ist bekannt. —

In wie weit böses Beispiel und Verführung die Grundlage des späteren Alkoholismus gelegt haben, ist aus den Krankengeschichten nicht oft zu ersehen. Vielleicht sind sich auch manche einer derartigen Ursache nicht mehr bewußt. Eine Mutter trank mit ihrem Sohne um die Wette, die Kümmelflasche wurde literweise geleert. In einem Falle war einem unglücklichen Schwachsinnigen schon in früher Jugend zur Belustigung von Dirnen Schnaps eingegeben worden — eine bestialische Roheit!

Gehen wir jetzt dazu über, die rein körperlichen Befunde der Alkoholisten zu betrachten, so können wir mit Cramer leicht 2 Stadien unterscheiden. Das erste ist das Stadium der anscheinenden Überernährung. Hier finden wir hauptsächlich bei Biersäufern weitgehende Adipositas. Dieser Zustand, der etwas Plumpes und Aufgeschwemmtes hat, ist jedem Laien bekannt. Da bei diesen Kranken das Herz leicht zu versagen anfängt, so scheuen sie sich schließlich vor jeder Kraftanstrengung und Bewegung. Solche Typen findet man auf jeder Hochschule unter den Studierenden. Greift der Alkoholiker allmählich zu stärkeren Dosen, so wird er Schnapssäufer. Auch dieses Bild ist hinlänglich bekannt. Wir finden blasses, cyanotisches Aussehen, verfallende Züge, zittrige Bewegungen. Allmählich tritt ein Zustand vollkommener Interessenlosigkeit ein, der blöde Blick verschwindet höchstens bei neuen Schnapszufuhren. Dem hohen Schnapskonsum in Schleswig-Holstein und Kiel entsprechen auch die von mir gefundenen höheren

Zahlen des 2. (kachektischen) Zustandes. So hatten von 150 Alkoholikern mehr als die Hälfte (89) nur einen dürftigen Ernährungszustand, nur 17 entsprachen in ihrem Gewicht ihrer Größe, 44 zeigten gute Ernährung bis zur weitgehendsten Adipositas. Natürlich spielen hierbei soziale Lage und Beruf auch eine gewisse Rolle: der bummelnde Gelegenheitsarbeiter braucht eben jeden Groschen für Schnaps, während der etwas besser Situierte sich wenigstens noch Essen leistet. Bezeichnend ist auch, daß fast sämtliche in der Klinik behandelten Wirte (ebenso wie Schlachter) einen guten Ernährungszustand aufwiesen. Bei einem sehr korpulenten Herrn (Größe 1,76, Gewicht 95,5 kg) zeigte das Abdomen sogar Striae.

Eigentlichen Degenerationszeichen begegnete ich wenig: in 3 Fällen waren die Ohrläppchen angewachsen, in 2 Fällen fehlten sie vollkommen; 2 Kranke hatten sehr steile harte Gaumen und einer einen kahnförmigen Gaumen. Von den Organerkrankungen der Alkoholisten werden Erkrankungen des Magens schon in relativ frühen Stadien beobachtet. Schon lange ist bekannt, das Alkohol, besonders in konzentrierter Form, die Magenschleimhaut stark reizt; nur geringe Mengen in sehr verdünnter Konzentration sollen vorübergehend die Absonderung der Magendrüsen steigern. Nun bringt die häufig wiederkehrende Reizwirkung eine Veränderung der Magenschleimhaut hervor, die umso intensiver wirkt, je stärker das alkoholische Getränk und je leerer der Magen ist. Baer und Laqueur beschreiben die Blutgefäße der Schleimhaut als erweitert und überfüllt, die Oberfläche der Schleimhaut mit Abschilferungen und einzelnen größeren und kleineren Geschwüren bedeckt. Darüber liegt häufig eine dicke, zähe, sauer riechende Schleimmasse, die ein bräunliches Aussehen zeigt (Pigmentablagerung) und durch Wucherung der Bindegewebsmassen verdickt und verhärtet ist. Vomitus matutinus gehört zu den regelmäßigen Symptomen der Gewohnheitstrinker, eine Tatsache, die ich in 78 Fällen bestätigen konnte. Die katarrhalischen Veränderungen setzen sich indessen häufig auf den Darm fort und führen unter Umständen zu heftigen

Diarrhoeen, die den Kräfteverfall der Trinker erheblich beschleunigen können. Wesentlich sind auch die Erkrankungen der Leber, die in einer großen Reihe der Fälle in Mitleidenschaft gezogen ist. Während die Fettleber heute der Hauptsache nach mit dem dauernden Alkoholismus zusammengebracht wird, gilt die schwerste Form der Lebererkrankung, die Lebercirrhose nicht mehr als spezifische Säuferleber. Allerdings wurde sie schon bei Kindern im zarten Lebensalter gesehen, denen gewohnheitsmäßig Alkohol gegeben wurde. Da in Kiel, wie überhaupt in Norddeutschland, reichlich Schnaps getrunken wird, sieht man Lebererkrankungen auf dieser Grundlage nicht selten; ich fand in 10 Fällen vergrößerte, druckempfindliche Leber. Es sei auch noch darauf hingewiesen, daß in neuerer Zeit bei gewohnheitsmäßigen Trinkern nach dem einmaligen Genuß von sehr großen Biermengen Zucker im Harn beobachtet wurde; v. Strümpell hält diesen Bierdiabetes für eine mit dem Alkoholismus zusammenhängende Form des Diabetes mellitus. Über die veränderte Beschaffenheit des Blutes bei Trinkern gehen die Ansichten noch auseinander; reichlicher Fettgehalt wird in Verbindung gebracht mit vermindertem Haemoglobingehalt, Abnahme der Erythrocyten und Leukocytose. Andere (Laitinen) wollen Leukopomie gesehen haben. Wichtig sind die Veränderungen des Herzens und der Gefäße. Holzmann zeigte die Strömungsgeschwindigkeit des Blutes vermindert, die auf geringere Triebkraft des Herzens hinweist. Kraepelin meint, daß die im Rausche bestehende Gefäßlähmung bei Erregung durch Erhöhung der Pulszahl oder auch durch unmittelbare Beeinflussung der Gefäßnerven wieder ausgeglichen oder überwogen wird.« Die Erweiterung der Hautgefäße ist jedem bekannt. Durch starken Biergenuß wird neben dem Alkohol eine hohe Flüssigkeitsmenge in den Kreislauf gebracht, wodurch Dilatation und Hypertrophie des Herzens eintritt (Münchener Bierherz). Auf die Gefäße wirkt der Alkohol vom Nervensystem aus, indem er ihren Tonus herabsetzt und so eine Erweiterung des Lumens und Stauung des Blutgehaltes bewirkt. Die Arteriosklerose bei Trinkern ist eine relativ häufige Erscheinung, die auch

in den mir zur Verfügung stehenden Fällen nachweisbar war. Daß der Alkohol durch Berührung eine Reizung der Rachen- und Mundschleimhaut zeitigt, war aus fast jeder Krankengeschichte zu ersehen. Der Rachen zeigt bei starker Rötung die vermehrte Absonderung eines zähen Schleims, der bei manchen Trinkern, vor allem morgens, starken Würghusten und Erbrechen verursacht. Zu dieser Pharyngitis kommt häufig eine Laryngitis hinzu, wie denn auch die eigentümlich heisere Stimme bei Trinkern selten fehlt. Virchow beschrieb als »Pachydermie des Larynx bei Trinkern«, »eine Neubildung warziger Auflagerungen und Wucherungen an den Stimmbändern mit einer gleichmäßigen Verdickung und Verhärtung der Oberfläche.« Man findet bei manchen Trinkern auch Bronchiektasie und Lungenemphysem; diese Beschwerden werden natürlich um so größer, je mehr das Herz auch sonst durch die Wirkung des Alkohols beeinträchtigt wird. Man muß sich eigentlich wundern, daß bei der geschwächten Gesamtkonstitution und den oft unglaublich unhygienischen Verhältnissen, in denen der Trinker vegetiert, die Lungenphtise keine noch viel größeren Verheerungen anrichtet, als sie ohnehin schon tut. Allerdings ist in neuerer Zeit von Guttstadt u. a. auf die Häufigkeit der Lungenschwindsucht bei den im Alkoholgewerbe tätigen Personen hingewiesen worden. Unter meinen 150 Fällen fanden sich nur 2 offene Tuberkulosen (beides Kellner). Dagegen ist die Pneumonie eine ziemlich häufige Erscheinung bei Alkoholisten. Ich fand Angaben über überstandene Pneumonieen in 27 Fällen.

Am meisten halten noch die Nieren aus. Zwar wird vorübergehende Abnurie schon nach einmaligem starkem Alkoholexceß beobachtet, jedoch finden sich weitere Erkrankungen meist erst in sehr vorgeschrittenen Stadien. Vor allem schreibt man der Schrumpfniere eine alkoholische Grundlage zu, während bei der chron. parenchymatösen Nephritis der Alkohol ebenfalls eine Rolle spielen soll. In den mir zur Verfügung stehenden Krankengeschichten fand

sich Albumen in 5 Fällen bis zu 12 pro Mill., in 3 Fällen sah man Leukocyten und hyaline Cylinder.

Sehr interessant sind die Veränderungen, die der Alkohol im Centralnervensystem setzt. Können auf der einen Seite beim Alkoholisten durch Arteriosklerose und gesteigertem Blutdruck Blutergüsse zustande kommen, so wirkt andererseits der Alkohol direkt auf die Hirnrinde selbst. »Auf die Großhirnrinde« — führt Ziehen aus — »wirkt der Alkohol in sehr charakteristischer Weise: allmählich zerstört er die Fasern und die Zellen. Zuerst sind nur leichtere Formveränderungen der Zellen und Fasern zu beobachten, bei späteren Stadien gehen beide in großer Zahl völlig zugrunde. Statt der schön geformten Ganglienzellen findet man im buchstäblichen Sinne nur einen Trümmerhaufen; von den zugrunde gegangenen Fasern ist schließlich nicht einmal mehr eine Spur zu finden.« In neuester Zeit sind von Nissl u. a. die feineren Veränderungen der Nerven- und Ganglienzellen gezeigt worden: Entzündungserscheinungen im Ganglienkörper mit fettiger Entartung, Vakuolenbildung und Zerfall. Daß durch solche irreparablen Veränderungen auch bei Total-Abstinenz keine Heilung zu erwarten ist, leuchtet ein. Eigentliche Systemerkrankungen des Rückenmarks durch Alkoholmißbrauch sollen selten sein; dagegen werden die peripheren Nerven leicht ergriffen. Natürlich in erster Linie durch Schnaps. Von meinen 15 Fällen zeigten 43 die typische Alkoholpolyneuritis und die typische Muskel- und Nervendruckempfindlichkeit. Baer und Laqueur schuldigen hierfür die hochgradige Conzentration des Schnapses und seine Verunreinigung mit Fuselölen an. Je nach dem Stadium und der Ausdehnung der Krankheit auf mehrere Nerven treten diese verschiedenen Erscheinungen motorischer und sensibler Art auf. Manche Kranke klagen über Kribbeln, Taubsein und Kälte (Hyper-, Par- und Anästhesien) und haben reißende Gliederschmerzen, andere zeigen Lähmungserscheinungen der Rumpfmuskulatur, der oberen Extremitäten und Beine. Durch reißende (lancinierende) Schmerzen in den Beinen kann das Bild einer Tabes vorgetäuscht werden (Pseudotabes). Es sei mir ge-

stattet, zur Illustration der Neuritis multiplex auf alkoholischer Grundlage hier die Krankengeschichte eines 46jährigen Dachdeckers anzuführen, die auch sonst mancherlei Interessantes bietet:

H., 46 Jahr, verheiratet, Dachdecker. Mit der Diagnose: »Lebercirrhose«.

Am 11. III. 05 in die medizinische Klinik eingeliefert; am 16. VII. 05 in die psychiatrische Klinik verlegt.

17. VII. 05. Anamnese, abgegeben von der Frau. Mutter und ein Bruder trinken angeblich. Patient war früher stets gesund, gedient bei der Artillerie, verheiratet seit 19 Jahren. 2 Kinder gesund, 4 früh gestorben, ein Abort. Patient hat früher schon getrunken, nur Bier, war öfters betrunken; im letzten Jahr auch viel Grog und war sehr oft betrunken; das Geschäft (Dachdecker) bringe das mit sich, es würde immer am Biertische abgeschlossen. In der Trunkenheit sei Patient nicht aufgeregt, er sei leicht zu lenken; im letzten halben Jahr vor der Erkrankung habe er nur wenig gegessen.

Schlaf mangelhaft, sehr schreckhaft, ängstliche Gefühle, angeblich keine Sinnestäuschungen. Morgens Würgen und Brechen (grüne Galle). — Keine Krämpfe, keine Ohnmachten; viel Kopfschmerzen. Häufig Schwindelanfälle, in den letzten 3 Jahren sehr gesteigert. Es werde ihm schlecht und übel und flimmere ihm vor den Augen, dann müsse er stehen bleiben oder sich hinsetzen, dies dauere einige Minuten.

Vor 8 Jahren einmal dabei in einer Wirtschaft umgefallen, nicht verletzt, Bewußtsein verloren, kein Zungenbiß, nicht eingenäßt. Danach 4 Wochen zu Hause krank gelegen, klagte über Schwindel und über den Magen.

In der Trunkenheit nässe er oft das Bett ein. Er sage, er habe eine schwache Blase.

Am 11. III. 05 sei er erkrankt, habe die Treppe nicht mehr gehen können, habe über Schmerzen im Rücken geklagt, konnte keinen Urin lassen. Der Arzt habe eine Lebererkrankung festgestellt, habe gesagt, die Leber sei vor 8

Jahren bei der Erkrankung erweitert und jetzt zusammengeschrumpft; ferner habe Patient »das Wasser.«

Vier Wochen zu Hause behandelt. »Wasser« sei verschwunden. Patient sei aber in der 2. Woche unruhig geworden, sei verwirrt gewesen, habe seine Frau nicht erkannt und meinte, er sei beim Militär eingezogen und mache eine Übung; kam aus dem Bett und wurde nach 4 Wochen in die medizinische Klinik eingeliefert.

(11. IV. — 16. VIII.). Patient wisse nicht, daß er damals in der Klinik gelegen habe. Er habe nur über verlähmte Hände geklagt. Stimmung bald wechselnd, bald verzagt.

Status (17. VIII. 05):

Größe 1,69 m; Gewicht 67 kg; Temperatur 37,9. Mittlerer Knochenbau, mäßige Muskulatur und Ernährung; Gesicht etwas blaß. —

Schädel auf Druck und Beklopfen nicht empfindlich.

Längs: 19 cm.

Quer: 15 cm.

Umfang: 56 cm.

Pupillen mittelweit, gleich, nicht ganz rund. Reaktion auf Licht und Convergenz erhalten. —

Augenbewegungen frei, in den seitlichen Endstellungen leichte Unruhe der Bulbi.

Cornealreflex +; Conjunktivalreflex ⊖.

Geringe ikterische Verfärbung der Sklera.

Facialis L = R.

Zunge weicht etwas nach rechts ab, zittert, ist belegt.

Gaumenbögen gleichmäßig gehoben.

Rachenreflex stark gesteigert.

Leichter Tremor manuum.

Es fällt auf, daß Patient die Endglieder seiner Finger nicht strecken kann, diese stehen in leichter Flexionsstellung. Beim Versuch, sie passiv zu strecken, stößt man auf erheblichen Widerstand. Patient klagt dabei über heftige Schmerzen. (Pat. gibt an, er sei als Dackdecker oft gefallen und habe sich die Finger gebrochen).

Spatia interossea beiderseits stark eingesunken, besonders zwischen 1. und 2. Finger. Muskulatur des Daumens und Kleinfingerballens stark atrophiert.

Die Hände können nicht zur Faust geschlossen werden.

Bei der stärksten aktiv möglichen Beugung berühren die Fingerspitzen die vola manus noch nicht; passiv gelingt es gerade, dabei starke Schmerzen.

Spreizen und Nähern der Finger aktiv so gut wie unmöglich.

Opponieren des Daumens nur noch angedeutet. Beugung im Handgelenk sehr beschränkt und schmerzhaft; Streckung ziemlich vollkommen.

Grobe Kraft der Arme gut, alle Bewegungen derselben aktiv wie passiv gut ausführbar, ohne Schmerzen.

Sehnenreflexe der O. E. O. E. nicht deutlich, bei Beklopfen der Bicepssehne springt die Sehne des Sup. long. deutlich vor.

Supinatoreflex +.

Mechanische Muskelerregbarkeit an den O. E. O. E. gesteigert. Nervenstämme nicht druckempfindlich, ebenso Ulnaris am Olecranon. Bei Bestreichen der Rumpfhaut Gänsehautbildung, nur ganz schwaches Nachröten.

Wogen und Zucken der Oberschenkelmuskulatur. Kniephänomen beiderseits nicht auszulösen. Achillessehnenreflex beiderseits ebenfalls nicht auszulösen.

Zehenreflex nicht auszulösen.

Die Zehen können aktiv etwas gebeugt und gestreckt werden, dabei angeblich Schmerzen.

Fußsohle sehr hyperästhetisch.

Die Beine können bis 45 Grad mit Anstrengung gehoben werden; die grobe Kraft bei Widerstandsbewegungen ist ziemlich gering.

Füße in leichter Equinovarusstellung, können im Fußgelenk nur wenig und nur mit Schmerzen bewegt werden.

Oberschenkelumfang 5 cm oben.

Patella: r, 43, l. 43.

Unterschenkelumfang 12 cm unten.

Patella: r. 31, l. 31.

Große Nervenstämme der U. E. U. E. angeblich auf Druck leicht empfindlich.

Cremasterreflex r. deutlich, links lebhaft.

Abdominalreflex deutlich.

Kniehackenversuch rechts sicher, links etwas unsicher.

Lagegefühl von Fuß und Zehen scheint etwas beeinträchtigt.

Pinselberührungen überall gut lokalisiert und empfunden; nur scheint an der rechten Hand auf der Rückseite des ersten und zweiten Fingers, sowie an der linken Hand an den drei ersten Fingern und der ganzen Vola manus eine Herabsetzung der Sensibilität zu bestehen. Grenzen nicht konstant. Spitze und Knopf besonders an den Unterschenkeln und Händen häufig ganz falsch bezeichnet; Spitze als Knopf angegeben.

An den Unterschenkeln scheint eine Herabsetzung, an den Händen eine Steigerung der Schmerzempfindung zu bestehen.

Beim Gehen werden die Zehen nicht abgewickelt; die Knie werden übermäßig stark gebeugt; die Beine werden sehr hoch gehoben. Gang breitbeinig und unsicher. Puls 104, nicht ganz regelmäßig, nicht ganz gleichmäßig. Herztöne leise, kein Geräusch. Patient kann breitbeinig auch ohne Unterstützung stehen, was mit geschlossenen Füßen unmöglich ist.

Urin: Kein Albumen, kein Saccharum. Leber nicht vergrößert, nicht zu fühlen. Pat. gibt an, früher immer gesund gewesen zu sein, ein paarmal sei er gefallen, habe einige Rippen gebrochen. Trinke 5—6 Glas Bier am Tag, könne gut 12 vertragen. Seines Eintrittes in die medizinische Klinik könne er sich nicht mehr besinnen.

Heute Tag? Weiß er nicht, Mittwoch oder Donnerstag.

Monat? »Mai« (falsch).

Jahr? »1895 — — 1905.«

In der medizinischen Klinik müsse er 14 Tage bis 3 Wochen gewesen sein.

Namen vom Arzt, Chef, Schwestern habe er nie gehört.

Gedächtnis? sei gut, zwar sei er etwas vergeßlich, aber nicht schlimm.

Einige leichte Rechenaufgaben löste er richtig.

46 + 17? »Was sollten Sie doch ausrechnen.« »Das habe ich wieder vergessen.« Er soll die Zahl 3784 behalten. Schon Mittag gegessen? »Ja, im städtischen Krankenhaus.« Nennt die Zahl noch richtig.

Nach einer halben Stunde weiß er nicht mehr, daß ihm eine Zahl aufgegeben ist.

19. VII. 05. Erheben des Armes bis zur Senkrechten nicht möglich. Die Gegend des Deltoideus erscheint leicht abgeflacht.

Suppination und Pronation beiderseits gut. Muskulatur mager, fühlt sich ziemlich welk an. Sensibilität wie am 17. VII.

Mit geschlossenen Augen kann Patient nicht gehen.

20. VII. Klinische Vorstellung. Stimmung gut, sehr vergeßlich.

22. VII. Im elektrischen Lichtbad nach etwa 5 Min. (Bad eben auf 40° gestiegen) Anfall von Herzschwäche, Puls klein, Gesicht blaß, muß aus dem Bad entfernt werden und erholt sich bald wieder.

10. VIII. Dauernd örtlich und zeitlich völlig unorientiert; fragt oft ganz erstaunt, wo er denn sei, wisse garnicht, was mit ihm los sei. Will aus dem Fenster heraus.

25. VIII. Klagt, die Hände und Füße seien wie im Schraubstock.

5. IX. Immer noch unorientiert; die Hände werden meist in leichter Beugung gehalten, aktive wie passive Bewegungen in sehr geringem Grade möglich. Zuweilen ist jedoch die Beweglichkeit, namentlich der rechten Hand, eine sehr gute, eine Besserung, die aber stets sehr bald vorübergeht.

15. IX. Kann die Finger oft ganz gut bewegen, dann wieder garnicht; dieser Wechsel tritt zuweilen innerhalb weniger Stunden ein.

20. IX. Immer noch vollkommen unorientiert über Zeit und Dauer seines Aufenthalts.

20. X. Örtlich orientiert, zeitlich nicht.

29. X. Händedruck rechts besser als links. Gang im ganzen sicherer, etwas stampfend, hebt in den Knieen; Fußspitzen hängen (Steppergang). Weint; fürchtet, daß er nicht wieder gesund werde.

7. XI. Kennt die Namen des Pflegers, weiß, daß er in der Klinik ist.

15. XI. Gibt Geburtsjahr richtig an, ebenso Geburtstag.

Habe zuletzt Dachdeckerarbeiten in Wiek gemacht, da sei er noch flink wie eine Katze gewesen. Wie lange er hier sei und wie er hierher gekommen, wisse er nicht, obgleich er täglich darüber nachdenke.

Getrunken habe er garnichts, nur Sonntags ein Glas Bier. Ob er früher schon in einem Krankenhause gewesen, wisse er nicht. Habe schon verschiedentlich Besuch von Frau und Kindern gehabt.

Fängt an zu weinen.

Weiß, daß er zu Mittag gegessen hat.

Sprache o. B.

Complete E. A. K. etc.

Nadelspitze und Knopf werden richtig unterschieden, während er die Hände, Füße, Unterschenkel oft verwechselt.

Schmerzempfindung normal, an Unterschenkeln und Füßen zuweilen Hyperalgesie, meist Hypalgesie.

29. XI. Örtlich orientiert. Händedruck beiderseits sehr gering, rechts etwas besser als links.

4. XII. Keine Klagen, es gehe ihm schon gut. Wünscht sehr, entlassen zu werden.

8. XII. Drängt nach Hause. Will nicht mehr trinken. Weiß sich der kleineren Unfälle des Vormittags am Abend nicht mehr zu erinnern.

11. XII. Veränderungen an den Händen unvermindert. Gang nicht ganz sicher, breitbeinig.

Von der Frau nach Hause abgeholt. (Die Therapie bestand in Schwitzen, später Massage, Elektrizität (Galv.). Auf die eigentümliche Gedächtnisstörung für die jüngste Vergangenheit (Korsakowscher Symptomen-Komplex), die in den meisten

Fällen auf alkoholischer Basis beruht, soll weiter unten noch eingegangen werden. Die Korsakowsche Psychose ist meist mit neuritischen Symptomen kombiniert. Häufig ist auch der Rheumatismus, über den die Kranken klagen, auf diese neuritischen Erscheinungen zurückzuführen, oft kommt mehr oder weniger deutliche Entartungsreaktion dazu und verändertes Verhalten der Reflexe. Die partiellen Atrophieen der Muskulatur zeigt unser Fall besonders deutlich. In anderen Fällen konnte ich noch an nervösen Beschwerden und Unregelmäßigkeiten folgendes feststellen: Tremor universalis und besonders der Hände war 45 mal vorhanden; Hyperaesthesien, Hyp- und Hyperalgesien der Haut bestand in 35 Fällen. 47 mal war der Patellarreflex gesteigert, der Achillessehnenreflex 35 mal. Das Kniephänomen fehlte in 14 Fällen, der Achillessehnenreflex in 18; einmal war bei einem in schwerem Rausch eingelieferten Kranken der Patellarreflex bei der Einlieferung negativ, am andern Tage positiv. In 3 Fällen war der Achillesreflex auf der einen Seite gesteigert, auf der anderen nicht auszulösen. Patellarklonus war 8 mal, Fußklonus 3 mal vorhanden. Das Babinskische Zeichen (Dorsalflexion der großen Zehe bei Bestreichen der Fußsohle) fiel 6 mal positiv aus. Der Abdominalreflex war 2 mal, der Plantarreflex war 3 mal aufgehoben; der Conjunktival- und Cornealreflex 3 mal herabgesetzt. Die Mechanische Muskelerregbarkeit war in 13 Fällen gesteigert, die elektrische Erregbarkeit war an der unteren Extremität 5 mal, an der oberen Extremität 4 mal herabgesetzt. 4 mal zeigte sich Zittern des Orbicularis oculi beim Lidschluß. Muskelatrophieen mit Entartungsreaktion war in zwei Fällen vorhanden; in einem Falle entstand eine Atrophie des rechten Beines nach einem Unfall (Fraktur). Das Quinquaudsche Symptom (der Untersucher fühlt ein leises Knarren an den gestreckten Fingern des Patienten, die ihm dieser einige Sekunden oder Minuten hindurch leicht auf die Handfläche aufgesetzt hält) war in 29 Fällen vorhanden.

Ein besonders interessantes Kapitel des chron. Alkoholismus bieten die Veränderungen des Sehorgans

(Conjunktivitis findet sich bei Säufern überaus häufig). Vor allem in dem Stadium der Säuferkachexie versagen die Augen mehr oder weniger ihren Dienst, fast regelmäßig findet man Trägheit der Lichtreaktion; auch totale Lichtstarre der Pupille kommt vor. Gudden hat das Verhalten der Pupillen bei Alkoholvergiftung studiert; er fand dabei in einer großen Reihe von Fällen eine deutliche Herabsetzung der Lichtreaktion, die sich mit dem Aufhören der Intoxikationserscheinungen wieder verlor. In dem Vorhandensein einer temporären Herabsetzung der Pupillenreaktion sieht Gudden einen Hinweis auf eine starke Bewußtseinsstörung, was insbesondere in forensischer Beziehung als ein differential-diagnostisch wichtiges Symptom in Betracht kommen würde. Demgegenüber stellt aber Bumke fest, daß besonders bei der Dementia paralytica »fast alle Zustandsbilder vorkommen, die vom Delirium tremens bis zur chronischen Degeneration der Säufer bei Alkoholikern beobachtet werden«. Ebenso sei bei geisteskranken Greisen die Entscheidung, wieviel auf Involution und wieviel auf Mißbrauch geistiger Getränke falle, keineswegs immer leicht zu treffen. Das typische Argyll Robertson'sche Zeichen (reflektor. Pupillenstarre) soll bei Alkoholikern nach Siemerling sehr selten sein, auch wird von demselben Autor darauf hingewiesen, daß wir da, wo dieses Symptom konstatiert wird, an eine Beteiligung des Sehnerven zu denken haben. Thomsen hebt hervor, daß die Pupillenstarre bei Alkoholikern einer Rückbildung fähig zu sein scheint. Vorübergehende Pupillenstarre bei erhaltener Convergenzreaktion beschreibt auch Uthoff, der in 10 Fällen (von 1000) isolierte reflektorische Starre sah. Bumke ist der Ansicht, daß in einem Stadium der Entwicklung und Rückbildung der absoluten Pupillenträgheit vorübergehend einmal die Convergenzreaktion soviel besser vor sich gehen kann, als wie die Verengerung der Pupille auf Licht, und daß dadurch das Bild des Argyll Robertsonschen Phaenomens vorgetäuscht wird. Meistens aber besteht bei reflektor. Pupillenstarre gleichzeitig eine Reflextaubheit infolge Neuritis des Sehnerven; und daß die Alkoholamblyopie infolge Neuritis optici einen

gewissen Teil von Reflextaubheit als Teilerscheinung in sich schließen kann, leuchtet ein. Als anatomische Grundlagen der klinischen Krankheitszeichen kommen Stamm- und Kernläsionen in Betracht. Es sei hier auch Moelis Hypothese wiedergegeben, der bei der häufigen temporalen Abblassung der Papillen an eine Störung im zentripetalen Schenkel des Reflexbogens denkt, andererseits zeige eine Störung der Convergenzreaktion und die von ihm erwähnte Eigentümlichkeit, daß sich öfters bloß einzelne Abschnitte des Pupillenringes bewegen, bei der Häufigkeit anderweitiger neuritischer Erscheinungen beim Alkoholismus auf den zentrifugalen Schenkel des Reflexbogens hin. — Die Augenmuskelparesen bei Trinkern sollen nach Raimann meist, wenn auch nicht immer, einen zentralen Ursprung haben, und zwar sollen sie Kernläsionen zur Voraussetzung haben. Hierher gehören auch die Fälle, die klinisch und pathologisch-anatomisch als Poliencephalitis haemorrhagica superior (Wernike) diagnostiziert waren. Raimann berichtet über Haemorrhagien, die sich in der Regel strenge auf die graue Substanz und die unmittelbare Umgebung der Augenmuskelkerne beschränken. Diese Blutungen erreichten, von den kleinsten mikroskopischen Ausdehnungen angefangen, bis Hirsekorn- und Linsengröße. Die Nervenkerne waren nur selten degeneriert, und die Nerven der gelähmten Augenmuskeln erschienen »fast immer normal oder doch nur unbedeutend affiziert.« Sehr interessant sind auch die Untersuchungen von Marchiafava, Bignami und Nazari, die zeigen, daß es sich bei chronischen Alkoholikern mit einer gewissen Häufigkeit um eine »typische und charakteristische Läsion des Gehirns« handelt; und zwar läßt sich diese in Beziehung zu dem Verlauf und dem klinischen Symptomenkomplex bringen. Es handelt sich hierbei um »eine degenerative Alteration toxischen Ursprungs, welche besondere Segmente und Bündel der Fasern der Kommissurenbahnen des Gehirns betrifft und deshalb als eine systematische Erkrankung der Kommissuren betrachtet werden kann.« — Folgende Anomalieen konnte ich in meinen 150 Fällen feststellen: Die Lichtreaktion der Pupille war träge 43 mal, 2 mal war

sie fast erloschen; die Convergenzreaktion fehlte 3 mal und war in 3 Fällen nicht zu erzielen, weil der Patient nicht convergieren konnte. 48 mal waren die Pupillen ungleich groß, in 33 Fällen waren beide verzogen, in 17 Fällen war nur die eine verzogen. Über mittelweit waren 13, minimal verengt 12. In einem Falle bestand ein Hippus der Pupille. Nystagmus fand sich 5 mal und zwar in einem Falle mit Exophthalmus verbunden, 2 Kranke zeigten Strabismusconvergenz concomitans; 2 Alkoholiker im Alter von 47 und 53 Jahren wiesen Catarakta incipiens auf. Die ophthalmoskopischen Befunde waren folgendermaßen:

H., Bäcker, 52 J. Atrophia nervi optici dextr. mit Strabismus converg. ocul. dextr.; das linke Auge normal.

K., Arbeiter, 30 J. Bei Augenbewegungen bleibt der rechte Bulbus nach innen und unten zurück.

Pat. will keine Doppelbilder gesehen haben. Hintergrund o. B. C. R. bdsts. gering.

M., Arbeiter, 53 J. Ausgesprochene Atrophie des Nervus opticus, ganz enge Arterien (Lichtreaktion minimal).

T. Werftarbeiter, 29 J. Beide Papillen temporal abgeblaßt.

W., Arbeiter, 47 J. Beiderseits Staphyloma postic. rechts etwas breiter, l. normal.

S., Arbeiter, 49 J. Schmales Staphylom bdsts.

B., Schiffer, 30 J. Bdsts. geringe Hyperämie der Papille; Insufficienz der Recti interni.

S., Arbeiter, 55 J. Herabsetzung des Farbensinnes für Grün und Rot (Reaktion auf Licht und Konvergenz minimal).

M., Handlanger, 55 J. Auffallende Blässe der temporalen Hälften beider Papillen. Centrales Skotom für Grün und Rot auf beiden Seiten. Pupillen gleichmäßig verzogen.

T., Arbeiter, 47 J. R. physiolog. Excavation, l. temporales Staphylom.

F., Kaufmann, 36 J. Leichte Hyperämie der nasalen Papillenhälften beiderseits.

Eine interessante Störung der Geschmacksfunktion sei hier noch mitgeteilt. Es handelte sich um einen 45jährigen Weinhändler (!), und zwar empfand dieser süß prompt, bitter erkannte er nicht, sauer und salzig wurde verwechselt.

Das Bild des chronischen Alkoholismus würde unvollkommen sein, wenn wir uns nicht auch diejenigen Geisteskrankheiten, vergegenwärtigen, deren Grundlage er bildet. Das bekannteste Bild, das sich auf dem Boden des chronischen Alkoholismus entwickelt, ist das Delirium tremens. Dieser Zustand tritt meist erst nach lange fortgesetztem Alkoholabusus ein und befällt am häufigsten die Männer, und zwar wieder die Schnapstrinker. So konnte auch ich in sämtlichen Fällen, in denen der chronische Alkoholismus mit Del. trem. kompliziert war, starken Schnapsgenuß (Kümmel und Cognac) feststellen. Interessant ist die Frage, wie es kommt, daß nur ein gewisser Teil der Alkoholiker, und zwar nicht einmal ein besonders großer, einmal oder öfter an Delirium tremens erkrankt, während eine große Menge von Alkoholikern davon verschont bleibt. Bonhoeffer vermutet, daß zwischen Ausbruch der Psychose und der chronischen Vergiftung noch ein ätiologisches Zwischenglied liegen muß, über dessen Charakter wir im wesentlichen auf Hypothesen angewiesen sind, »daß ein durch die chronische Gewebsschädigung des Intestinaltraktus irgendwo sich bildendes Gift, das bei sonst normaler Funktion durch die Lungen zur Ausscheidung kommt, durch Störungen des Atmungsapparates, bezw. des Gaswechsels, an der Ausscheidung verhindert wird und nun als Intoxikationserscheinung den eigentümlichen Symptomenkomplex des Del. trem. hervorruft.« Beim typischen Del. trem. finden wir eine tiefe Bewußtseinsstörung mit traumhaften Phantasmen von ängstlichem oder heiterem Charakter, verbunden mit zahlreichen Sinnestäuschungen. An körperlichen Symptomen zeigen sich Fieber, Pulsveränderungen, zitternde Zunge, unsicherer Gang; der Appetit liegt meist danieder und in den meisten Fällen findet sich Albumen im Urin. Die Sinnestäuschungen bewegen sich oft auf optischem Gebiete, die Kranken sehen

überall Mäuse, Heuschrecken, Affen usw. Aber auch Gehörstäuschungen kommen vor: es donnert, es wird musiziert, es werden Unterhaltungen geführt. Der Kranke sucht sich dieser unruhigen Geister zu erwehren, er schlägt um sich und ergeht sich in verzweiflungsvollen Wutausbrüchen. Dieser Zustand dauert 2 – 10 Tage und geht oft nach einem kritischen Fieberabfall in einen langen Schlaf über, aus dem der Kranke dann klar und orientiert erwacht.

Eine der häufigsten Psychosen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus ist ferner der klassische Eifersuchtswahn der Trinker. Sein Vorkommen konnte ich in einer ganzen Reihe von Fällen konstatieren. Man kann sich sehr wohl vorstellen, wie Trinker, bei seiner häufigen Abwesenheit von Hause allmählich auf den Gedanken kommen kann, daß die Frau übergenug Gelegenheit habe, sich mit anderen abzugeben. Hierzu kommen, mit Bonhoeffer, wohl noch pathologische Veränderungen in der Sexualsphäre, die in einer »Disharmonie zwischen gesteigerter Libido sexualis und Abnahme der Potenz« besteht; sicherlich gibt aber auch in manchen Fällen das ablehnende Verhalten der Ehefrauen gegenüber ihren betrunkenen Gatten solchen Eifersuchtsideen neue Nahrung. Wenn jetzt in vielen Fällen noch Illusionen und Halluzinationen hinzu kommen, ist das Bild des Eifersuchtswahnsinns fertig. Ein Trinker kam nach Haus, sah vielleicht einen Schatten, und warf sofort mit den Worten: »Ich will den Kerl schon kriegen!« die brennende Lampe nach dem »Kerl.« Solche Ideen können die ungeheuerlichsten bizarrsten Formen annehmen: Ein Kranker behauptete, »es seien 50 Mariner in der Stube«, ein anderer konnte nicht schlafen, »weil überall die Kerls herumlagen.« Auch zu Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft ist es bei solchen vermeintlichen Ehebrüchen gekommen. Im Verlauf der Behandlung schwinden diese Ideen meist rasch, und in den meisten Fällen geben die Kranken an, »sie müßten sich wohl getäuscht haben«, und eine oft wehleidige und gedrückte Stimmung macht den Eifersuchtsideen Platz. In anderen Fällen wieder kommt es, wenn das Trinken fortgesetzt wird, zu den schwersten

Mißhandlungen der gequälten Frauen, die auf diese Weise oft gezwungen werden, bei Verwandten, Nachbarn oder auf der Polizei zu übernachten. Auch der Frauenmord ist keine allzu seltene Handlung der Eifersuchtswahnsinnigen. Mit dem Verschwinden der Wahnideen bei Alkoholentziehung durch den kurzdauernden Aufenthalt in der Anstalt ist natürlich nur die Psychose geheilt, und sobald zu Hause das Trinken wieder angeht, erscheint der Eifersuchtswahnsinn von neuem. Etwas seltener kommt ein akutes alkoholisches Irresein von paranoischem Charakter vor, und zwar spielen hier, wie Bonhoeffer hervorhebt, meist Gehörstäuschungen die Hauptrolle. Derselbe Autor betont vor allem das Überwiegen des akustischen Gebietes bei der Halluzinose gegenüber dem optisch-taktilen bei dem Delirium tremens. Von 2 Fällen, über die ich berichten kann, hörte der eine Patient fortwährend Stimmen: »Ich schieße dich, ich schieße dich«, und in seiner Angst versuchte er sogar zweimal, aus dem Fenster zu springen. Die örtliche Orientierung geht übrigens bei dieser Psychose nicht verloren (Kraepelin). Die Prognose ist hier im ganzen günstig, allerdings wird von Cramer darauf aufmerksam gemacht, daß neue Alkoholexcesse neue Krankheitsanfälle herbeiführen können. Ebenso kann gelegentlich eine akute Attacke einen chronisch paranoischen Zustand einleiten. Über dieses chronische alkoholische Irresein von paranoischem Charakter konnte ich, da unter den mir zur Verfügung stehenden Krankengeschichten kein derartiger Fall vorkam, keine Erhebungen anstellen; überhaupt wird dieses Krankheitsbild von den einzelnen Autoren sehr verschieden beurteilt, weil sehr differente Krankheitsbilder unter diesem Sammelbegriff beschrieben sind. Die Krankheit wurde neuerdings wieder von Raecke beschrieben. — Die Alkoholparalyse (alkoholische Pseudoparalyse) bietet in gewissen Stadien des Alkoholismus das klinische Bild der progressiven Paralyse, allerdings sind Größenideen wie bei der klassischen Paralyse, selten. Hier finden sich Sprachstörungen, reflektorische Pupillenstarre, ungleichmäßige Gesichtsinnervation und in gelegentlichen Fällen auch das

Fehlen des Kniephänomens, oft verbunden mit Innervationsstörungen und Lähmungserscheinungen. Bei totaler Abstinenz sieht man in manchen Fällen diese Erscheinungen zurückgehen und bekommt oft fast komplette Genesungen zu sehen, die bestehen bleiben können, wenn kein neuer Alkoholabusus eintritt. In den schweren und schwersten Fällen kann es zu einer chronischen Demenz kommen, es treten Stadien der völligen Stumpfheit und des Blödsinns ein, die nur zuweilen durch lichte Momente unterbrochen sind. Ein großer Teil solcher Kranken erliegt nach apoplektischen und epileptischen Anfällen an Schluckpneumonien.

Eine sehr verderbliche Wirkung zeitigt der Alkohol bei den Epileptikern.

Die wichtige Frage, ob es eine wirkliche Alkoholepilepsie gibt, oder ob das nur Epileptiker sind, die trinken, ist bis heute allerdings noch nicht entschieden. Die Tatsache aber steht fest, daß in einer ganzen Reihe von Fällen, in denen Alkoholmißbrauch vorlag, epileptische Zustände auftreten. Überhaupt pflegt die Epilepsie durch regelmäßigen Alkoholgenuß verschlimmert zu werden, so das also das Trinken eine dauernde, schwere Schädigung dieser Kranken bedeutet. Kraepelin weist darauf hin, daß bei keinem anderen Leiden durch das einfache Mittel völliger Enthaltsamkeit vom Alkohol so schöne Erfolge erzielt werden können, wie bei der Epilepsie. »Ganz besonders gilt das von der Form, deren epileptische Grundlage uns erst in neuerer Zeit deutlich geworden ist, der Dipsomanie.« Der Prozentsatz der Alkoholepileptiker wird verschieden angegeben, er schwankte zwischen 10 bis 30%. Unter meinen 150 Fällen waren 10 Alkoholepileptiker. Die Anfälle der Säufer sind nicht so häufig und zahlreich wie die der erblichen Epilepsie. Interessant ist die Tatsache, daß sich nicht selten ein Delirium tremens mit epilepsieartigen Erscheinungen einleitet. Kraepelin hält es für möglich, das toxisch-infektiöse Prozesse bei beiden Krankheitsformen eine Rolle spielen.

Die sogenannte Intoleranz ist die Eigenschaft mancher Menschen, schon auf ganz geringe Alkoholgaben in einer Weise zu reagieren, wie sie der Durchschnittsmensch

erst nach weit größerem Quantum zeigt. Die angeborene Form zeigen auch sonst psychopathische Individuen, Degenerierte, Imbezille, Epileptiker und Hysterische, während die erworbene Form gern nach Traumen mit Infektionskrankheiten (Typhus) eintritt. Auch vermindern Erschöpfung und Übermüdung die Toleranz dem Alkohol gegenüber.

Unter dem »pathologischen Rausch« versteht man eine auf dem Boden des chronischen Alkoholismus mit Bewußtseinsstörung und schweren Angstattacken einhergehende psychische Erkrankung. Dieses Angstgefühl kann schließlich solche Grade erreichen, daß der Kranke zum Selbstmord und Mord, namentlich an den eigenen Kindern, getrieben wird. Meist zeigen diese Individuen degenerative, hysterische und epileptische Stigmata, auch können Traumen vorhergegangen sein. Die Menge des genossenen Alkohols ist dabei vollständig gleichgültig, ebenso soll auch die Art der genossenen geistigen Getränke gleichgültig sein. Der Zustand selbst dauert einige Minuten bis höchstens eine Stunde; es folgt dann in den meisten Fällen ein vielstündiger, terminaler Schlaf; oft besteht auch vollständige Amnesie. Die Sinnestäuschungen sind meist optisch und ähneln dem ängstlich gefärbten beim Delirium trem. Gehörstäuschungen sind meist bedrohlichen Charakters. Eine eigentümliche Stellung nimmt die Dipsomanie, die Quartalssäufersucht ein. Sie findet sich fast nur bei schwer belasteten Individuen, und ist eine Krankheit, deren wesentliches charakteristisches Merkmal der triebartige Drang zum Genusse alkoholischer Getränke ist. Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Verstimmung leiten meist die Attacke ein, dann tritt der unwiderstehliche Drang zum Trinken auf, dem sich die Kranken hingeben, ohne Rücksicht darauf, ob sie das Geld dazu haben, oder in welcher Form sie den Alkohol zu sich nehmen. Nach einem Zustand sinnloser Betrunkenheit folgt meist ein terminaler Schlaf, und dann geht der Kranke allmählich in den Zustand der Genesung über, bis wieder ein Anfall über ihn kommt. Hier ist nur bei vollständiger Abstinenz Besserung, eventuell auch Heilung, möglich. Nicht selten kommt es vor, daß Dipsomanen nach längerem Bestehen der Krank-

heit chronische Alkoholisten werden und allmählich verblöden. Gaupp hält das erste Stadium des dipsomanischen Anfalls, das mit psychischer Depression, Unruhe und Gereiztheit einhergeht, für eine einfache epileptische Verstimmung; durch den Alkohol würde der Kranke rasch in einen epileptischen Dämmerzustand versetzt. Ziehen betont, daß auch eine periodische Manie zu dipsomanischen Attacken führen kann. Jedenfalls aber ist die Dipsomanie nicht eine Folge der Trunksucht, sondern ein periodisch auftretender krankhafter Zustand löst erst den dipsomanischen Anfall aus.

In der von mir oben angeführten Krankengeschichte hatte ich bereits Gelegenheit, auf den Korsakowschen Symptomenkomplex hinzuweisen, eine Psychose, die sich, wie auch in dem angegebenen Falle, häufig mit einer Neuritis multiplex kombiniert. Diese Krankheit zeichnet sich durch eine eigentümliche Gedächtnisstörung aus, und zwar werden von den Kranken alle neu aufgenommenen Eindrücke sofort wieder vergessen, während ihnen das Gedächtnis für Ereignisse aus früherer Zeit zur Verfügung bleibt. Diese Gedächtnisstörung kann sich im Verlaufe der Krankheit retrograd fortsetzen, so daß in manchen Fällen die Erinnerung auf die letzten Jahrzehnte ausgelöscht ist. Jetzt kommen Pseudoreminiscenzen und Konfabulationen hinzu, von denen die Kranken aber im nächsten Augenblick schon alles vergessen haben. Die neuritischen Erscheinungen, welche die Psychose begleiten, können sehr verschiedenen Grades sein. In manchen Fällen sind nur Druckempfindlichkeit der Muskulatur und großen Nervenstämme in Verbindung mit verändertem Verhalten der Reflexe vorhanden, während in schwereren sich weitgehende Atrophien und ausgesprochene Entartungsreaktion finden. Die Stimmung der Kranken ist meist stumpf, zufrieden und heiter; einige zeigen Euphorie. Die Prognose ist, so günstig wie für die neuritischen Veränderungen, so ungünstig für Psychose. Die geistige Schwäche soll in den meisten Fällen noch zunehmen und die weitgehendsten Verblödungszustände sollen eintreten. Differentialdiagnostisch wichtig ist, daß ganz ähnliche Bilder

nach anderen Vergiftungen (Arsen), nach Typhus, Lues cerebrospinalis, Paralyse und vor allem bei Dementia senilis beobachtet sind.

Noch ein Wort über die pathologisch-anatomischen Befunde bei Alkoholikern. Bei den auf Alkoholgenuß beruhenden Veränderungen des Gehirns ist oben bereits das Bild der Pachymeningitis haemorrhagica erwähnt, ebenso ist auf leptomeningitische Verdickung der Pia hingewiesen worden. Mikroskopisch sind starke Gefäßveränderungen, Blutungen und Pigment im Gewebe und Sklerose der Ganglienzellen vorhanden. Die Befunde der übrigen Körperhöhlen zeigen zwar nichts typisches für Alkoholabusus, doch geht aus ihnen die Schwächung des Gesamtorganismus deutlich hervor. Die Autopsieen von Trinkern sind nicht gerade häufig, ein Umstand, der wohl mit der Tatsache zusammenhängen mag, daß die Kranken in den meisten Fällen die Anstalt bald wieder verlassen. So habe ich von meinen 150 Fällen nur über drei Sektionen zu berichten, von denen in einem Fall eine Pneumonie im Del. trem. die Ursache war, und im zweiten eine Tuberkulose des Darms vorlag; im dritten Fall war der Tod durch Salmiakvergiftung erfolgt, nachdem der Trinker im Rausch eine falsche Flasche erwischt hatte:

C. N., 39 J., Arbeiter, Sekt. 22. IV. 02. Brust und Bauch: Links eitrig-fibrinöse Pleuritis. Pneumonie des l. Oberlappens. Hyperaemie des Unterlappens. Eitrig-fibrin. Pericarditis. Geringe fettige Fleckung der Aorta. Trübung der parenchymatösen Organe. Tracheitis und Bronchitis. Varicen im Oesophagus. Schiefrige Färbung der Bronchen. Starke Hyperaemie und Ekchymosierung der Magenschleimhaut. Hyperaemie der Dickdarmschluchten. Indurierte Fettleber. Schwellung der Milz. Pia getrübt und verdickt, ödematös.

H. S., 54 J., Maurer, Sekt. 18. III. 03. Starke eitrige Infiltration des vorderen Mediastinums bis hinauf zum Kehlkopf. Frische fribinöse Pericarditis. Starkes Emphysem und Oedem der Lungen. Alte rechtsseitige Pleuritis. Kompression des l. Unterlappens. Kalkplättchen oberhalb der Aortenklappen und im Arcus. Indurierte Fettleber mit tiefer

Zwerchfellfurche. Frische Schwellung der Milz. Starke Induration der Nieren mit kleinen Narben der Oberfläche und leichter Trübung. Induriertes Pankreas. Zahlreiche tuberkulöse Geschwüre und einzelne Narben des Dünn- und Dickdarms. Enorme Miliartuberkulose des Bauchfells. Hyperaemie des Gehirns.

(Fall von primärer Darmtuberkulose).

B. W., 35 Jahre, Kellner, Sekt. 20. III. 03. Starke Hyperaemie und Oedem der Lungen. Große schiefrige Schwiele der rechten Lungenspitze mit kleinen schiefrigen Knötchen. Starke Rötung des Schlundes und der Luftwege. Blutunterlaufung des Zäpfchens. Speisebrei in den Luftwegen. Starke Residuen von rechtsseitiger Pleuritis, geringe von linksseitiger. Hypertrophie des Herzens mit scheckiger Trübung. Geringe fettige Fleckung der Aorta. Mittlerer pyramidenförmiger Schilddrüsenfortsatz und Hypertrophie der Schilddrüse. Sehr große indurierte Fettleber. Kleine zähe Milz. Trübung und Hyperaemie der Nieren. Stark ausgedehnte Ekchymosierung des Magenfundus. Dreifache rechte Coronararterie. Massenhafte Varicen der Dünndarmgefäße. Sehr derbes Pancreas.

Trübung und Oedem der Pia.

Die tägliche Erfahrung lehrt, daß nichts das geordnete und gesittete Familienleben so sehr zerstört als die Trunksucht, durch die ebenfalls eine ordentliche Erziehung der Kinder unmöglich wird. »Die mächtigen Beweggründe der Ehrliebe, der Gatten- und Kinderliebe verlieren ihre Wirkung über den Trinker; er kümmert sich nicht mehr um das Wohl und Wehe seiner Angehörigen, gibt sie einfach dem Elend preis, wird gleichgültig gegen ihre Bitten und Vorwürfe und sieht teilnahmslos der sittlichen Verwahrlosung seiner Kinder zu.« (Kraepelin). Der Prozentsatz der verheirateten Trinker betrug in meinen 150 Fällen 64%, bezeichnend ist, daß 2 geschieden waren und 8 getrennt lebten. Der oben beschriebene Eifersuchtswahn der Trinker steht in ganz eigentümlichem Gegensatz zu der Gleichgültigkeit der Trinker zum offenkundigen Ehebruch der Frau.

Und bei solchen Zuständen sollen dann die Kinder erzogen werden! Da ist es eigentlich kein Wunder zu nennen, wenn die Kinder rasch verwahrlosen und später selbst dem Alkohol verfallen. Diese Abgründe menschlicher Verkommenheit sind bei der großen Verbreitung des Alkoholismus bekannt genug, als daß ich an dieser Stelle noch näher darauf einzugehen brauche. Das Martyrium der Frauen, die oft genug sich gezwungen sehen, bei der Polizei um Hilfe nachzusuchen, ist oft grenzenlos. Übrigens kommen vor allem in Großstädten, in denen die sittliche Verwahrlosung schon weitere Kreise zieht, natürlich oft genug Fälle vor, in denen die Ehefrauen kurzerhand sich einem anderen anschließen und den Trinker oft mit den Kindern allein zurücklassen. Dies fand ich in 3 Fällen. Auch kommt es vor, daß die Frau ohne Wissen des Mannes in eine andere Wohnung zieht u. s. w. Prügelscenen, in denen meist die Frau, mitunter jedoch auch der betrunkene Ehemann der leidende Teil ist, kommen fast in jedem 4. Falle vor. Daß die Kinder alkoholbelasteter Eltern häufig an Epilepsie leiden, ist bekannt. Genaue Zahlen hierüber zu finden, ist nicht immer möglich, und die verschwindend wenigen Angaben, die ich finden konnte, hängen vielleicht damit zusammen, daß bei der Aufnahme des Trinkers in die Anstalt die Epilepsie der Kinder noch nicht ausgebrochen war. Wie übel die Wirkung des Alkohols auf den Sexualverkehr ist, zeigen die minderwertigen Kinder der Trinker deutlich genug. Spricht man doch sogar von sog. »Rauschkindern«. Andererseits begünstigt der Alkohol durch Beseitigung der Hemmungen in außerordentlich hohem Maße die sexuellen Infektionen. Unter meinen 150 Fällen konnte ich 7 mal Lues, 16 mal Gonorrhoe und 3 mal weichen Schanker angegeben finden. In 97 Trinkerehen waren 20 Aborte vorgekommen. Nach Kraepelin kommen 80 % der luetischen Infektionen im Rausch vor. Der Schaden, den der Alkohol auf diese Weise der Volksgesundheit zusetzt, ist fast unübersehbar. Durch den Wegfall der Hemmungen und durch die Steigerung der motorischen Erregbarkeit führt der Alkoholismus in seinen verschiedenen Graden vom

»Spitz« bis zur »sinnlosen Betrunkenheit« zur Begehung von Straftaten. Ich fand nur 7 Vorbestrafungen der eingelieferten Trinker; meiner Ansicht nach muß hier mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß sicherlich dem Arzte manches verschwiegen wird. Auffallend ist die angebliche Harmlosigkeit der im Rausch begangenen Gewalttätigkeiten. Ein Trinker, der seine Frau in der brutalsten Weise mißhandelt hatte, äußerte, daß er ihr »vielleicht einmal eine Ohrfeige gegeben hätte!« Sittlichkeitsdelikte spielen hier ebenfalls eine große Rolle, und zwar gerade beim chronischen Alkoholismus kann man einen so hohen Grad von Schamlosigkeit, Verworfenheit und Zynismen finden, wie kaum sonst irgendwo. Natürlich werden alle die Momente, die erfahrungsgemäß zum Verbrechen führen, wie Arbeitslosigkeit, Müßiggang, durch den Alkoholismus noch genährt. Daher das häufige Vorkommen des Diebstahls, der in dem Alkoholismus eine wichtige Quelle hat. Jedenfalls aber steht die gegenseitige Beeinflußung von Alkoholismus und Verbrechen außer Zweifel.

Wenn man nun dieser großen Menge der vom Alkohol ausgelösten Krankheiten, Verarmungen und Verbrechen gegenübersteht, drängt sich die Frage nach der Abwehr dieses großen Übels der menschlichen Gesellschaft gebieterisch auf. Für die Behandlung des chronischen Alkoholismus kommt einzig und allein die völlige und dauernde Enthaltsamkeit von jedem Alkohol in Betracht. Dem Alkoholisten irgendwelche Mäßigkeitsgrenzen vorschreiben zu wollen, ist völlig zwecklos, weil ja gerade der Alkohol die Selbstbeherrschung untergräbt und die geschwächte Willenskraft der Trinker erfahrungsgemäß leicht überwindet. In einigen Fällen sind die Trinker selbst so einsichtsvoll, daß sie die totale Abstinenz als einziges Mittel einsehen und den Wunsch äußern, in ein Trinkerasyl zu gehen. Die große Mehrzahl jedoch verhält sich völlig einsichtslos gegenüber ihrem Laster. »Ich habe getrunken und ich werde trinken, so lange ich lebe!« äußerte ein solcher Kranker, als ihn der Arzt auf die Gefahren des Trinkens aufmerksam machte. Solche Leute suchen sich der Anstaltsbehandlung, wie über-

haupt jeder Freiheitsbeschränkung zu entziehen, und da nach dem Gesetz der Trinker im allgemeinen nicht als geisteskrank gilt, kann von einem zwangsweisen Aufenthalt in einer Irrenanstalt oder einem Trinkerasyl keine Rede sein. Daß unter diesen Umständen ein Trinker sofort rückfällig wird, beweist die Zahl der wiederholten Aufnahmen in die Klinik: Von meinen 150 Fällen wurden 22 zweimal, 4 dreimal, je einer 4, 7 und 10mal aufgenommen. 3 hatten sich bereits in anderen Irrenanstalten aufgehalten. Leider lassen sich auch die meisten Kranken, sobald die akuten Erscheinungen, wie Tremor, Vomitus matutinus usw. abgenommen haben, nicht mehr in der Anstalt halten; auch werden sie von ihren Angehörigen bald abgeholt. Sie halten sich für vollkommen gesund und den Gefahren des Alkohols durchaus gewachsen. »Ich werde nie wieder trinken, Herr Dr.«, äußerte ein solcher Patient, der noch an demselben Abend besinnungslos betrunken wieder eingeliefert wurde. Die nach dem bürgerlichen Gesetzbuch mögliche Entmündigung wegen Trunksucht gibt allerdings die Möglichkeit, einen Trinker in Anstaltsbehandlung auch gegen seinen Willen zu bringen. Von dieser Handhabe wird aber leider nur recht wenig Gebrauch gemacht und zwar wohl deswegen, weil ein Entmündigungsantrag nur von dem nächsten Angehörigen, in den meisten Fällen also der Frau, eingebracht werden kann. Und gerade die Frau des Trinkers — meint Kraepelin — wird mit diesem äußersten Schritte zögern, solange sie kann; denn sie hat seine Rache am meisten zu fürchten. Ein Trinkerfürsorgegesetz, nach dem die Kranken, wie alle andern hilfsbedürftigen und gemeingefährlichen Kranken zwangsweise in Behandlung genommen werden könnten, wäre für Staat und Allgemeinheit jedenfalls von großem Nutzen. Die schwersten Fälle des chron. Alkoholismus, in denen bereits eine unverkennbare und unheilbare Demenz eingetreten ist, gehören selbstverständlich in die Irrenanstalt.

Nicht selten versuchen in den Anstalten die Kranken, zu entweichen und anderseits sich hier, auch wenn sie sich freiwillig aufnehmen ließen, Alkoholika zu verschaffen. Folgende Episode aus der Krankengeschichte eines 53jährigen Pantoffelmachers sei hier mitgeteilt:

21. X. 03. Heute Mittag wird auf dem Closet im Heizkörper eine Flasche Kümmel gefunden, die Patient bei seiner Aufnahme, wo er sofort ins Closet drängte, unzweifelhaft dahin gebracht haben muß. Hierüber zur Rede gestellt, bestreitet Patient, dieses getan zu haben.

22. X. Pat. hat anscheinend vergessen, daß die Flasche gefunden ist; er sucht in dem betr. Closet herum; er bestreitet noch immer, hier etwas versteckt zu haben. Durch eine solche Tatsache werden die Schwierigkeiten in der Behandlung der Alkoholiker deutlich gekennzeichnet; auch versteht man die schlechten Dauerresultate der Anstaltsbehandlungen. L. Minor fand bei einer Zahl von 12000 Alkoholkranken eine Heilung in 5—8%. Solche von Nervenärzten angefertigte Statistiken weisen einen bedeutend geringeren Prozentsatz der Heilungen auf, als die der Guttempler. Ohne den großen Segen, den diese Orden überall stiften, schmälern zu wollen, muß man doch konstatieren, daß sie bei ihren überraschend guten Resultaten eine große Reihe von Gelegenheitstrinkern, z. B. Neurasthenikern, mitführen, denen die Gefahren des Alkoholismus in schwarzen Farben geschildert werden, und die sie mit Erfolg veranlassen, den Alkoholgenuß aufzugeben. R. Hirschfeld sagt mit Recht, daß solche Leute später die Statistiken aufbessern und als Renommierobjekte wirken. Die Trinkerfürsorgestellen haben außer der eigentlichen Fürsorge für den Trinker noch das Gute, daß sie durch die zeitweilige Entfernung des Trinkers das Niveau seiner Familie unzweifelhaft heben. Abgesehen davon, daß in solchen Fällen schon häufig die staatliche und private Fürsorge eingreift, kommt in Hinblick auf die Kinder der gänzliche Wegfall jener üblen häuslichen Scenen, den Begleiterscheinungen des Alkoholismus, in Betracht. Wenn jetzt noch die Familie in geeigneten Fällen, wie Kraepelin es fordert, abstinent lebt, und der Kranke, was unbedingt notwendig ist, nach seiner Rückkehr einem Abstinentenverein beitritt, dann kann eine 1- bis 2jährige Anstaltsbehandlung einen vollen Erfolg zeitigen. Wie groß aber das Bedürfnis nach ärztlicher Hilfe und ärztlichem Einschreiten ist, zeigt der Prozeß eines Kurpfuschers in

Dresden, der, wie Kraepelin zu berichten weiß, in einem Jahre für ein schwindelhaftes Mittel gegen Trunksucht nicht weniger als 300 000 Mk. vereinnahmte. Zwei Faktoren, die bei der Bekämpfung des Alkoholismus nicht unbedeutende Rollen spielen, scheinen mir auch heute noch nicht in dem gebührenden Maße betont zu werden; ich meine die Beseitigung der Unwissenheit der Massen gegenüber den Alkoholschäden und die Entfernung der alkoholischen Getränke aus den Krankenanstalten und Hospitälern aller Art. Obwohl heutzutage durch Abstinenzvereine etc. überall auf den Schaden, den der Alkohol anrichten kann, hingewiesen wird, sind die breiten Massen ohne jede Ahnung von der Gefährlichkeit des Trinkens. Dies geht aus zahlreichen Äußerungen hervor, die ich immer wieder in den Krankengeschichten finden konnte: »das wird bei uns in Ostpreußen schon als Kind gelehrt.« »Wenn ich nicht trinke, bin ich nicht gut zuwege.« Ebenso wird niemals die Opfer des Alkohols von der Notwendigkeit der Abstinenz überzeugen können, solange man in den Krankenhäusern Alkohol als tägliche Beigabe zur Verpflegung zuläßt; die Gefahr der Verordnung von Alkoholicis habe ich oben schon erwähnt. Die wesentlichen Punkte in der Trinkerheilung sind aber außer dem 1- bis 2 jährigen Aufenthalt in einem Trinkerasyl die vollständige, dauernde Abstinenz und der Beitritt zu einem Abstinenzverein. Diese drei Faktoren zeigen uns heute die sichersten und besten Wege, auf denen eine der notwendigsten und dankbarsten Aufgaben der Volksgesundheitspflege erfolgreich gelöst zu werden vermag.

Literatur.

Baer u. Laqueur: Die Trunksucht und ihre Abwehr. Urban und Schwarzenberg, Berlin 1907.

Binswanger u. Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie. Dritte Auflage. Jena, Gust. Fischer, 1911.

Bonhoeffer: Die akuten Geisteskrankheiten der Gewohnheitstrinker. Jena, Gust. Fischer, 1901.

Bonhoeffer: Die alhohol. Geistesstörungen. Die deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts. Urban und Schwarzenberg. Berlin-Wien.

Burtscher: Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte, 1888.

Chotzen: Transitorische Alkoholpsychosen. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 21. 1907.

Gaupp: Dipsomanie. Jena, Fischer, 1901.

Gudden: Über die Pupillenreaktion bei Rauschzuständen und ihre forensische Bedeutung. Neurol. Centralblatt 1900, Nr. 23, S. 1096.

Guttstadt: Klin. Jahrbuch, Bd. 12.

Helenius: Die Alkoholfrage. Eine sozialogisch-statistische Untersuchung. Jena, Fischer, 1913.

Hirschfeld: Über Trinker-Fürsorgestätten, Zeitschr. für ges. Neurologie. Bd. 8, 1911. S. 659.

Holzmann: Archiv für Psychiatrie, XL. X., 92.
Hoppe: Alkohol und Kriminalität in allen ihren Beziehungen. Wiesbaden 1906.
Kraepelin: Psychiatrie, II. Bd., 1. Teil, 1910.
Kraepelin: Der Alkoholismus in München. Münch. med. Wochenschr. 1906, S. 734.
Kraepelin: Über die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel. Jena 1892.
Laitinen: Therapie der Gegenwart. 1901, Nr. 1.
Marchiafava: Über Systemdegenerationen der Kommissurenbahnen des Gehirns bei chron. Alkoholismus. Monatsschrift für Psych. u. Neurol. XXIX, 1911.
Meyer: Akut. u. chron. Alkoholpsychose. Archiv f. Psych. Bd. 38, Heft 2.
Moeli: Bemerkungen über Pupillenreaktionen Geisteskranker. Berl. klin. Wochenschrift 1897.
Moeli: Bemerkungen über Pupillenreaktionen. Neurolog. Centralbl. 1885.
Nissl: Histolog. u. patholog. Arbeiten 21, 145.
Raecke: Zur Abgrenzung der chron. Alkoholparanoia.
Raimann: Zur Lehre von der alkoholischen Augenmuskellähmung. Jahrbücher für Psych. u. Neurologie 1901, Bd. 20, S. 36.
Schröder: Handbuch der Psychiatrie III., 1.
Schüler: Ausgew. Abhandlungen S. 225, Karlsruhe 1906.
v. Strümpell: Berl. klin. Wochenschr. 1896, Nr. 46.
v. Strümpell: Münch. med. Wochenschrift 100, Nr. 38.
Thomsen: Kasuistische Beiträge, Charité-Annalen, 1885.
Virchow: Berl. klin. Wochenschrift 1883, S. 321.
Wernicke: Lehrbuch der Gehirnkrankheiten II, S. 229.

Lebenslauf.

Verfasser, ev. Konfession, wurde geboren am 23. März 1890 als Sohn des Kaufmanns Ferdinand Otto in Lesum bei Bremen. Von Ostern 1900 bis Ostern 1909 besuchte er das Alte Gymnasium in Bremen und studierte dann 10 Semester Medizin an den Universitäten Erlangen, Freiburg i. Br., München und Kiel. Vom 1. April 1909 bis 1. Oktober 1909 diente er bei dem Kgl. bayerischen 19. Inf.-Reg. Die ärztliche Vorprüfung bestand er am 9. November 1911 in Freiburg i. Br., die ärztliche Staatsprüfung am 17. Juni 1914 in Kiel.